

基本問診票（中学生以上）

千葉駅総合クリニック

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平	年	月	日
お名前	男・女		(歳)			
ふりがな 住所	〒					
連絡先	自宅： 携帯：	身長/体重	cm		kg	

●本日の症状をご記入ください。

本日は何科でおかかりですか？（内科・整形外科・皮膚科） 症状：

*今現在、定期通院や薬を飲んでいますか？

※お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら受付にお見せください。

いいえ ・ はい はいの方→（病名： _____）
（薬名： _____）

*薬・注射・牛乳・卵・その他食物のアレルギーはございますか？

なし ・ あり ありの方→（ _____ ）アレルギー

*歯の治療等で、麻酔薬で具合悪くなった事がありますか？

いいえ ・ はい はいの方→（いつ/薬剤/症状など： _____）

*たばこを吸いますか？

いいえ ・ はい はいの方→（1日 本/年数 年）

*飲酒はしますか？

いいえ ・ はい はいの方→（毎日・週 日位）

*今までにご自身がかかった病気（継続して治療している病気）あれば○をつけてください。

- 1 糖尿病・高脂血症・高血圧
- 2 肺・気管支の病気（結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫など）
- 3 甲状腺の病気
- 4 心臓の病気（狭心症・不整脈・心不全・頻脈動悸・心筋梗塞など）
- 5 胃・十二指腸の病気（胃炎・胃潰瘍・十二指腸炎・十二指腸潰瘍など）
- 6 肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など）
- 7 膵臓の病気
- 8 脳血管の病気（脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など）
- 9 悪性腫瘍
- 10 皮膚病（慢性痒疹・带状疱疹・蕁麻疹など）
- 11 特になし

*女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい はいの方→（現在 月/出産予定日 月 日）

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。